© da autora, 2002
© *Ágalma*, 2002
3ª edição, 6ª reimpressão: Outubro de 2019

Projeto gráfico da capa e primeiras páginas
Homem de Melo & Troia Design

Editor
Marcus do Rio Teixeira

Direção desta coleção
Daniele de Brito Wanderley

Com a colaboração de
Marie-Christine Laznik

Revisão
a cargo do editor

Depósito legal
Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*
Todos os direitos reservados

ágalma

Ágalma Psicanálise Editora Ltda
Av. Anita Garibaldi, 1815
Centro Médico Empresarial sala 401 Bloco B
40.170-130 Salvador - Bahia, Brasil
Tel: (0xx) 71 3332-8776 Telefax: (0xx)71 3245-7883

e-mail: agalma@agalma.com.br
site: **www.agalma.com.br**

CIP-BRASIL CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ.

J54e

Jerusalinsky, Julieta, 1971-
Enquanto o futuro não vem : a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês
/ Julieta Jerusalinsky. – Salvador, BA : Ágalma, 2002
. – (Calças curtas ; 3)

Inclui bibliografia
ISBN 85-85458-19-4

1. Lactentes – Psicologia. 2. Psicanálise infantil. 3. Psicoterapia infantil.
I. Título. II. Título: A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. III. Série.

02-1191.

CDD 618.928917
CDU 159.964.2–053.3

A Daniel Bramatti,
por seu amor, por seu humor.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do *Serviço de Estimulação Precoce do Hospital Durand* de Buenos Aires, especialmente a Jorge Garbarz, Mirtha Kuperman, Mari Aranda e Sylvia Fendrick, pelas acaloradas discussões em que a clínica sempre tem algo mais a ensinar-nos.

Ao *Centro Lydia Coriat* de Porto Alegre e ao *Centro Dra. Lydia Coriat* de Buenos Aires, por transmitir, cada um a seu estilo, o trabalho em equipe interdisciplinar.

A Fernando Maciel, por sua interlocução durante a elaboração do texto; a Elsa Coriat, Silvia Molina e Alfredo Jerusalinsky por terem, após a leitura, incentivado a publicação.

A todos os professores da FEPI e a sua diretora Stella Paez, pelo apoio à produção.

À *Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA* – e ao *Percurso Psicanalítico de Brasília,* por uma transmissão em que a psicanálise pode ousar na interlocução com outras disciplinas, levando-nos a interrogar permanentemente os limites e possibilidades em sua extensão a diferentes campos clínicos.

Aos colegas da equipe interdisciplinar do *CEPAGIA,* Brasília, com os quais compartilhei diversas experiências decisivas para a produção deste escrito.

É POSSÍVEL PREVENIR OU SÓ RESTA REMEDIAR? PRECOCIDADE E PREVENÇÃO NA INTERVENÇÃO COM BEBÊS[1]

Os primeiros anos de vida se caracterizam por ser uma etapa de constituição. Um bebê está em pleno processo de maturação das estruturas anátomo-fisiológicas; de crescimento corporal; de aquisições instrumentais fundamentais quanto a linguagem, psicomotricidade e aprendizagem; está também no tempo em que se operam as primeiras inscrições psíquicas.

Maturação, crescimento, aquisições instrumentais e constituição do sujeito psíquico, se bem que digam respeito ao tempo da infância como um todo, em nenhum outro momento da vida passam por modificações tão radicais quanto nos três primeiros anos de vida. Daí a importância de se realizar uma intervenção de saúde preventiva com a primeira infância.

Várias disciplinas, desde a medicina até a assistência social, cumprem importantes tarefas ao se tratar da prevenção na primeira infância. Muito há para fazer através destas disciplinas em países do terceiro mundo, que contam com índices alarmantes não só de

[1] Parte deste capítulo foi utilizada na fundamentação teórica da pesquisa de estabelecimento *de Indicadores para a detecção precoce de riscos no desenvolvimento infantil*, realizada junto ao Ministério da Saúde do Governo Federal do Brasil. Ver referência a tal pesquisa na nota 6 do capítulo Situando a clínica com bebês. A partir da discussão com tal grupo de pesquisa foram feitos alguns acréscimos no texto original, no ponto "critérios para precoce detecção" (N. da A.).

mortalidade infantil como também de morbilidade resultante de quadros infecto-contagiosos ou de inadequada nutrição, que repercutem de forma decisiva sobre o futuro de uma criança, podendo limitar sus capacidades físicas e mentais.

Se a prevenção, de modo amplo, implica a realização de um ato no sentido de *evitar um dano,* ou seja, de intervir precocemente antes de que seja demasiadamente tarde em relação aos efeitos de una patologia, qual é a função específica da clínica em estimulação precoce no campo da saúde preventiva? O que se tenta prevenir por meio desta especificidade clínica com bebês?

E, ao partirmos do corte epistemológico que a psicanálise produz nesse campo, a pergunta que se apresenta é: seria possível antecipar-se à inscrição da estrutura no bebê e prevenir autismo, psicoses e quadros de extremo empobrecimento psíquico? Ou estaria o nosso exercício clínico inexoravelmente situado do lado de "remediar" efeitos da estrutura?

A prevenção secundária na clínica com bebês[2]

Cotidianamente recebemos, em instituições particulares ou em serviços públicos, bebês com danos orgânicos já estabelecidos – por deficiências sensoriais específicas ou múltiplas, patologias de origem neurológica, quadros resultantes de patologias genéticas, virais ou infecciosas – que comprometem o desenvolvimento.

A intervenção em estimulação precoce, em tais casos, se caracteriza pela prevenção em nível secundário: se bem que ela ocorra com bebês que sofreram um dano primário em seu organismo que já não pode ser evitado, no entanto, a intervenção aponta a reduzir o máximo possível as limitações que a patologia impõe ao bebê.

Para tanto, resulta fundamental que a intervenção clínica não recaia apenas sobre o aspecto ou função orgânica que sofreu o

[2] Parte das questões aqui referidas acerca da prevenção secundária foi apresentada no *II Encontro Nacional sobre clínica com bebês,* realizado em Recife (2000) e publicadas no artigo Quando o que se antecipa é o fracasso, *Atendimento ao Bebê*, org. Maria do Carmo Camarotti, São Paulo, Casa do psicólogo, 2001 (N. da A.).

dano, mas que se conte com todos os recursos potenciais que um bebê possui, ao invés de focar apenas aqueles afetados pela patologia. Para começar, com a grande plasticidade neuronal característica dos primeiros anos de vida, que não só possibilita certos efeitos de compensação orgânica diante de uma lesão, mas que aponta a necessidade que o organismo tem de receber o "alimento funcional" do meio para se constituir adequadamente. Isto porque, no momento do nascimento, as estruturas anátomo-fisiológicas de um bebê não estão completas e dependem, para sua construção, das vicissitudes de seu funcionamento.

Daí que também seja fundamental na prevenção secundaria, considerar não só as limitações reais que uma patologia impõe organicamente ao bebê, mas também as limitações imaginarias produzidas pelo modo em que tal patologia fica representada.

É na medida em que, diante do orgânico, se tece alguma tentativa de inscrição que se produz, a partir do mesmo, um sintoma psíquico.[3] Ou, para dizê-lo em outras palavras, um sujeito não pode padecer do que não tem registro. Mas, ao tratar-se de um bebê, já que ele mesmo, por sua condição de *infans,* encontra-se sujeitado à tela simbólica dos pais, é no laço com os pais que a patologia assumirá inicialmente sua representação.

O modo em que um bebê é tomado no circuito de desejo e demanda dos pais é decisivo para sua constituição como sujeito e para seu acesso a diferentes realizações instrumentais. A presença de uma patologia pode vir a obstaculizar tal circuito, causando secundariamente danos que não estão impostos pela patologia em si, mas pela representação simbólica e pelos efeitos imaginários que ela engendra.

É inquestionável que um bebê com uma lesão, com uma síndrome ou uma malformação conta com menos vias ou tropeça em mais limitações orgânicas. Diante de certas patologias, como a deficiência visual, auditiva ou mental, que podemos tomar como

[3] Como aponta Lacan (1975). *Seminário 23, Le Sinthome,* inédito, o sintoma é o efeito do simbólico no real (N. da A.).

exemplos entre tantas outras, o orgânico faz comparecer uma menor permeabilidade na recepção das marcas que provêm do Outro. Mas a clínica nos mostra que se tornam ainda mais graves para um pequeno paciente os efeitos imaginários das patologias quando o que dele se diz é: *"falamos pouco com ele porque não ouve"* ou *"falamos pouco porque não sabemos se consegue entender o que lhe dizemos"*. Aí percebe-se como algo que é da ordem de uma limitação orgânica passa a operar como obstáculo simbólico e imaginário no estabelecimento do laço entre o bebê e os pais.

Se, por um lado, há uma limitação presente no organismo do recém-nascido, e, por outro, a sobredeterminação simbólica da estrutura parental na qual o bebê é recebido, há ainda um terceiro aspecto a considerar: as conseqüências que os diagnósticos e intervenções podem ter num tempo tão precoce, em que o laço pais-bebê ainda está sendo estabelecido e que, por isso mesmo, se caracteriza por ser extremamente suscetível às atribuições e aos diferentes dizeres de médicos e clínicos.

Neste sentido, detectamos, de modo bastante recorrente, a incidência de dois mecanismos que se interpõem no estabelecimento do laço pais-bebê:

– *O mecanismo das profecias auto-realizáveis*

– *A antecipação de insuficiência no bebê*

Na economia denominam-se *profecias auto-realizáveis* os efeitos produzidos, por exemplo, pelo rumor de que um banco corre o risco de quebra financeira. A partir do rumor, todos os correntistas subitamente retiram seus investimentos e, com isso – independentemente de que o rumor da quebra tenha sido verdadeiro ou não –, seu efeito se realiza, e a conseqüência é a falência bancária.

Um mecanismo homólogo aos das profecias auto-realizáveis ocorre no laço de diversos pais com seus bebês. Pois a presença de uma patologia no bebê, a representação que a mesma assume desde a tela simbólica parental, pode produzir uma retirada do investimento no bebê. Deste modo, deixam de ser-lhe dirigidas certas demandas

por supor antecipadamente que seria incapaz de responder a elas. Ao produzir antecipadamente a retirada do investimento necessário para que tais realizações pudessem advir, a profecia de fracasso acaba por se cumprir, ainda que inicialmente a patologia orgânica não as impedisse.

Percebemos a incidência de tal mecanismo, por exemplo, no caso de um bebê, em que o "mamama" que ele produzia em seu balbucio não era sancionado como "mamãe" porque os pais tinham entendido, a partir do diagnóstico, que seu filho jamais iria falar. Ou, no caso de um pequeno paciente com mais de quatro anos, ao qual não era oferecido o penico porque dele não se esperava – e, portanto, não se demandava – o controle esfincteriano.

Quando uma patologia orgânica é detectada no bebê rapidamente prolifera a produção de diferentes respostas que procuram recobrir a irrupção do real que ela comporta. Freqüentemente, médicos e terapeutas vêm oferecer prontamente aos pais suas próprias versões acerca do futuro do recém-nascido – quais expectativas devem alimentar, quais procedimentos devem adotar com a criança, que destino podem dar a suas próprias angústias etc. O problema é que tais respostas costumam apresentar-se antes mesmo de que os pais possam abrir uma interrogação própria acerca do desejo que os implica ao bebê.

Os comunicados de diagnósticos precoces costumam comportar algo de inevitavelmente traumático, porém efeitos bastante mais problemáticos são engendrados quando, diante da angústia que tal comunicado desperta, os médicos ou agentes de saúde tentam recobrir a irrupção do real provocada pelo diagnóstico com suas próprias versões imaginárias acerca do futuro de um bebê.

Se o estabelecimento do real é um passo necessário na direção do tratamento, é fundamental, para os efeitos de filiação de um recém-nascido, que os pais, além das informações que precisam receber, possam pôr em movimento as suas próprias significações e ressignificações acerca da patologia e à incidência da mesma no futuro sonhado para seu filho.

Para abrir lugar no marco da estimulação precoce à ressigificação da patologia é preciso trabalhar não só com a escuta dos pais, mas na cena clínica de pais e clínicos junto ao bebê.

Importantes efeitos desta clínica se produzem no encontro com a diferença de lugares em que um bebê fica suposto pelos pais e aqueles que, de fato, pode chegar a assumir a partir de um marco favorável à sua produção oferecido pela cena clínica. Muitas vezes a intervenção se dirige ao bebê supondo-o, em presença dos pais, como capaz de certa realização. Assim operamos quando tomamos seu balbucio como fala, seu sorriso como endereçado a alguém entre os presentes ou quando ofertamos uma nova postura que os pais não consideram possível, mas que, como clínicos, podemos ler que o bebê está em condições de realizar.

Efetuar tal leitura implica conhecimentos específicos vindos da neurologia, psicomotricidade, lingüística, entre outros, que permitam favorecer as aquisições instrumentais de um bebê. Mas também fica em jogo ali o modo em que situamos o bebê na cena: não como objeto a ser estimulado e sim como suposto sujeito. Ao intervir deste modo apontamos a produzir certas operações que são constituintes do sujeito psíquico: estabelecimento da demanda, suposição do sujeito, alternância e alteridade.

Diante de tais cenas clínicas que vêm autenticar a produção do bebê como eficaz, com bastante freqüência escutamos os pais dizerem: *"É a primeira vez que ele faz isso!"*. O que há de importante nesta fala é, por um lado, o testemunho dos pais diante da surpresa com a produção do bebê que se oferece aos seus olhares e que faz operar neles um reconhecimento. Deste modo, os pais podem atribuir "pela primeira vez" à produção do filho um valor fálico. E, por outro lado, também é preciso considerar que é justamente a partir de tal reconhecimento do Outro que a produção do bebê assume o caráter efetivo de uma realização.[4]

[4] Ver capítulo *Pedro e o escorregador – o que desliza quando brincamos*, ponto "Realização psicomotora, reconhecimento e surgimento do sujeito" (N. da A.).

Não é casual que tal reconhecimento se produza inicialmente numa cena na qual os pais contam com uma sustentação transferencial do clínico em estimulação precoce. Pois justamente o marco da cena clínica aponta a deslocar a bruma da patologia que nubla o olhar dirigido ao bebê e permitir que opere o reconhecimento do Outro encarnado que faz da produção do bebê uma realização efetiva.[5]

Outro dos mecanismos que freqüentemente se interpõem no laço pais-bebê em presença de uma patologia orgânica de base é o da *suposição de insuficiência.*

Em grande parte dos casos de bebês que apresentam problemas orgânicos de base encontramos superposto um sintoma de *passivização psíquica.* Na medida em que um bebê é antecipadamente suposto como incapaz, nos cuidados que lhe são dirigidos fica suprimida a passagem dos tempos pulsionais entre *o fazer no bebê* – em que este é falado, movido, ou seja, é tomado desde uma passividade – e o dar lugar para *ele fazer* – no qual se abre lugar para sua atividade.

A posição ativa do bebê é inicialmente sustentada pela mãe, que atribui a ele a autoria de certas produções, mesmo nos primeiros dias de vida, em que o que está em jogo na produção do bebê são reações neurológicas involuntárias. A mãe supõe o bebê como sujeito e, em muitos momentos, fala como se fosse ele quem estivesse a falar, traduzindo em palavras as ações deste. A mãe produz, assim, um diálogo em que se alternam suas falas e as do bebê. Se bem seja ela quem coloca as palavras que o bebê ainda é efetivamente incapaz de falar, ela o antecipa como capaz, deixando a brecha em que a fala ou a produção do bebê pode advir.

Mas, freqüentemente, diante de problemas no desenvolvimento, pode-se perceber como, nos pequenos gestos do cotidiano, os adultos cuidadores se antecipam, obturando a brecha na qual poderia advir a produção do bebê ou pequena criança: alcançam-lhe o brinquedo quando o gesto de esticar-se poderia

[5] Ver Elsa Coriat, obra citada (N. da A.).

armar a passagem postural do trípode à reptação, acendem o interruptor de luz quando o gesto da criança poderia levar ao pular, intuem o que a criança quer dizer antes mesmo que ela possa concluir sua palavra.

Diante da expectativa que recai sobre o bebê ou pequena criança de que não teria condições de produzir as diferentes aquisições, uma das respostas formuladas é procurar suplantar sua suposta insuficiência com a "estimulação a mais" que o saber técnico viria a oferecer. Diferentes intervenções técnicas acabam por ficar tomadas nesse mecanismo sintomático que condena o bebê à passividade, ao fazê-lo objeto do método que *nele* se aplica. Quando as manifestações sintomáticas se fazem presentes em vários aspectos do desenvolvimento, os bebês são levados a múltiplos tratamentos, que, ao propor intervir sobre cada um dos déficit funcionais, lançam o bebê à fragmentação anônima das funções.

É certo que, diante de um problema que se apresenta no desenvolvimento de um bebê, fazem-se necessários os conhecimentos de diversas disciplinas, mas um problema clínico comparece quando tal diversidade de conhecimentos científicos, em lugar de ser articulada de modo a produzir um marco propício à constituição, recortam no bebê os objetos de estudo das diversas disciplinas.

Como então, no marco do tratamento, os conhecimentos constituídos pelas diferentes disciplinas podem ser colocados a serviço da constituição de um bebê?

Em um tempo de intervenção tão precoce, no qual o pequeno paciente ainda não tem o Eu constituído, é preciso que a intervenção clínica propicie o estabelecimento de um olhar através do qual o bebê possa reconhecer-se em um corpo unarizado[6] e a

[6] A este respeito ver Jacques Lacan (1949), El estadio del espejo como formador de la función del Yo (Je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno; e (1953) A tópica do Imaginário, *Seminário 1*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar (N. da A.).

inscrição de um traço unário (ideal-do-eu) que estabeleça uma referência simbólica para o bebê.

É neste sentido que consideramos pertinente no campo da primeira infância a intervenção de *um clínico especialista em estimulação precoce sustentado em uma equipe interdisciplinar*[7]. Que seja *um* o clínico a cargo da direção do tratamento possibilita estabelecer um *referente transferencial* por meio do qual as diferentes aquisições do bebê e o discurso parental possam desdobrar-se e articular-se fazendo série. Ao mesmo tempo, no marco interdisciplinar, são sustentados os conhecimentos das diferentes disciplinas que são imprescindíveis diante de um problema no desenvolvimento, mas articulados em torno de um eixo clínico fundamental: a constituição do sujeito.

Há uma série de intervenções que são propiciadoras do desenvolvimento e constituição psíquica do bebê independentemente da patologia que esteja em jogo. No marco da estimulação precoce o clínico intervém:

– Como garante ou testemunha da produção do bebê, para que os pais possam, apoiados na transferência ao clínico, operar o reconhecimento das diferentes produções do filho e reconhecê-lo como autor das mesmas em lugar de vacilar em tal reconhecimento pela presença da patologia.

– Na articulação do saber parental à interrrogação pelo desejo que os implica na constituição do bebê. Propiciando um marco no qual sejam os pais quem, a partir da formulação de diferentes questões acerca do cotidiano e a partir do que transcorre na cena clínica, possam ir apropriando-se e construindo suas próprias estratégias de sustentação, manipulação e mostração de objetos ao bebê, que não fiquem obturadas por um modelo imposto pela técnica.

– Na sustentação das operações de alienação e separação: para que o bebê, além de ser tomado como objeto do desejo (ser tomado na alienação), por apresentar uma patologia, não fique

[7] Ver capítulo Situando a clínica com bebês, ponto "A infância, os bebês e o surgimento da estimulação precoce" (N. da A.).

excluído da lei simbólica operada pela função paterna que dá lugar a sua própria constituição como sujeito do desejo (movimento de separação).

– Na tramitação e elaboração do luto dos pais a respeito das limitações reais que a patologia impõe ao filho, para que o bebê não fique permanentemente situado numa posição de passivização e tampouco submetido a demandas que se dirigem a um filho ideal sonhado, mas que em nada levam em conta as reais possibilidades do bebê que ali está.

– Como integrante do Outro encarnado do bebê: introduzindo no marco clínico ofertas e demandas por meio das quais o bebê possa experimentar diferentes esquemas que lhe permitam ir apropriando-se do seu corpo e estabelecendo um laço constituinte com os outros que o rodeiam.

– Realizando uma leitura das produções tônico-posturais, gestuais, sonoras e de esquemas cognitivos do bebê, não só considerando um conhecimento técnico específico e fundamental acerca da legalidade que rege de tais aquisições, mas sustentando a singularidade pela qual tais produções são tomadas como enigmas de um sujeito em constituição.

– Nos desdobramentos e articulações transferenciais em relação a outros profissionais da equipe quando torna-se necessária a intervenção, por exemplo, de um neurologista ou um geneticista para estabelecimento do real; ou de um psicanalista que possa realizar uma escuta específica dos pais em certas questões que estão além do marco com o clínico que intervém com o bebê. Realizando com os mesmos uma discussão interdisciplinar que permita estabelecer a direção do tratamento.

– Na interlocução com aqueles profissionais que normalmente intervêm com a infância, tais como pediatras ou professores de escolinhas infantis, para que o bebê ou pequena criança, por apresentar um problema do desenvolvimento, não venha a ter transtornados aspectos da vida que são iguais e imprescindíveis para toda e qualquer criança.

– Como agente que aponta à inclusão social. Para que, a partir do exercício da função paterna, o circuito de demandas que opera em relação ao bebê possa estar em referência à legalidade social e aos marcos da cultura.

Daí, por exemplo, que seja fundamental na clínica com pequenas crianças com problemas do desenvolvimento sustentar a possibilidade de sua inclusão no jardim de infância e remeter a criança às normas de convívio social. Trata-se de efetuar uma efetiva leitura clínica acerca das condições da criança para circular em tais âmbitos a fim de que ela não seja excluída por antecipação e tampouco submetida, em nome de uma "adaptação", a imperativos aos quais não tem como responder.

Independentemente da patologia que esteja em jogo, tais intervenções consistem em gerar efeitos constitutivos para um bebê e pequena criança. Para que, à já inevitável afecção orgânica, não se superponham dificuldades ainda maiores provenientes da constituição do bebê face ao Outro.

"Síndrome de deprivação materna", "depressão anaclítica", "hospitalismo", "deprivação afetiva"[8], "fratura da função materna", "foraclusão da função paterna" são diferentes quadros clínicos cuja etiologia remete não ao orgânico do bebê ou pequena criança, mas ao laço deste com os agentes que encarnam o Outro. O que nos demonstra que as aquisições instrumentais não se produzem como mero efeito da passagem do tempo a partir do previamente inscrito no código genético, mas que as experiências que um bebê vive, o modo como as mesmas são tomadas no circuito de desejo e demanda pelo Outro produzem aí conseqüências decisivas.

Supor um sujeito no bebê é condição para que ele possa advir como tal, para que possa vir a imaginariamente "ter" um corpo e utilizar as diferentes aquisições instrumentais em nome de um desejo. É isto que irremediavelmente se perde quando, a cada

[8] René Spitz (1965), *El primer año de vida del niño*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Economica.

movimento de reabilitação da função afetada, o bebê fica antecipadamente suposto em posição de fracasso.

A prevenção primária na clínica com bebês

A clínica com bebês e crianças pequenas que apesentam problemas orgânicos de base foi produzindo no campo da estimulação precoce um olhar e uma escuta clínica cada vez mais acurados em relação à detecção aos primeiros traços que indicam possíveis problemas no desenvolvimento e na constituição psíquica de um bebê. Neste sentido, sua *praxis* revela ter importantes contribuições a fazer também ao campo da prevenção primária.

A este respeito a UNICEF afirma:

> "Se bem seja verdade que suas origens estão relacionadas com a prevenção do retardo mental e outros danos orgânicos cerebrais, (...) os programas de estimulação foram ampliados posteriormente para incluir as intervenções dirigidas a crianças de alto risco ambiental, quer dizer, sujeitos que nascem biologicamente saudáveis, mas que, devido às características negativas do meio em que crescem, requerem uma intervenção para que o seu desenvolvimento não se veja afetado.
>
> O reconhecimento científico acumulando nas últimas décadas estende sua aplicação e incidência à totalidade das práticas de criação na infância e, portanto, tem um impacto nas características da sociedade. Deste modo se constitui como uma área de prevenção primaria em saúde e educação com extraordinárias possibilidades".[9]

Apesar disso, ainda hoje, grande parte dos bebês e as pequenas crianças costumam ser encaminhados a avaliação ou tratamento apenas quando suas produções já se encontram configuradas dentro de um quadro patológico reconhecível em seus diversos sintomas característicos.

[9] UNICEF (1978), *Estimulación Temprana – importancia del ambiente para el desarrollo del niño*, segunda edição, p. 15, 22 e 16.

Podemos reconhecer nisso os efeitos de uma concepção de prevenção no desenvolvimento da primeira infância que fica excessivamente centrada em conferir se as funções do infante são hígidas. Quando os exames clínicos ou técnico-laboriais não denunciam a existência de alterações orgânicas de base, costuma-se manter "conduta expectante" até que se tenha uma "maior clareza do quadro".

A atitude geralmente adotada de "deixar o tempo passar" é efeito de um procedimento clínico no qual aparecem duas questões problemáticas:

– a de conceber o desenvolvimento de modo desatrelado da constituição psíquica e como a soma da evolução de cada uma das funções;

– a de continuar a pôr a tônica da intervenção diante de quadros patológicos já configurados.

O que é colocado à margem em tal modo de intervenção é a importância clínica de se ler como um bebê está pondo a funcionar estas funções, na apropriação de seu corpo, na exploração do espaço e dos objetos que o rodeiam e a partir do laço que tem estabelecido com o Outro encarnado.

Não se trata de que os agentes de saúde sejam insensíveis ao modo que um bebê tem de se colocar diante dos outros, ou o modo como uma mãe o toma desde o exercício da maternidade. A questão é que *não se costuma atribuir a tais sinais clínicos a devida importância,*[10] pois, mesmo quando são percebidos, os agentes de saúde carecem das ferramentas clinicas que permitem, a partir de tais sinais, realizar uma leitura acerca de como está ocorrendo a constituição psíquica de um bebê.

[10] Tomamos aqui as palavras expressas por diversos pediatras com os quais, a partir de um trabalho clínico interdisciplinar de estimulação precoce – tais como os desenvolvidos nos hospitais Durand e Santojanni em Buenos Aires – assim como, mais recentemente, a partir da pesquisa para validação de indicadores precoces de risco para o desenvolvimento infantil realizada junto ao Ministério da Saúde do Brasil, foi possível refletir acerca das práticas geralmente adotadas para acompanhamento do desenvolvimento infantil (N. da A.).

Por isso, articular uma detecção precoce da primeira infância que considere o desenvolvimento de modo atrelado à constituição psíquica é uma necessidade clínica que nos põe a trabalhar.

Dos agentes que normalmente intervêm com a infância – como pediatras, enfermeiros, pedagogos e demais profissionais de serviços hospitalares e de educação infantil –, tal questão exige que possam introduzir, no cerne de sua prática, uma certa dimensão de *não saber* acerca do sintoma que acomete um bebê, além dos conhecimentos específicos de sua disciplina.

E dos que intervêm no campo da clínica em estimulação precoce atravessada pela psicanálise – como é o nosso caso –, tal questão situa a necessidade de trabalhar em relação a uma possibilidade de transmissão de certos operadores clínicos que, ainda sendo próprios do nosso campo de intervenção, possam produzir efeitos no marco do acompanhamento preventivo do desenvolvimento.

Se bem este não seja um trabalho fácil, algumas experiências clínicas interdisciplinares têm dado o testemunho do quanto esta é uma prática possível.

É preciso, inicialmente, que possamos circunscrever que caráter outorgamos à prevenção e em que lógica a situamos quando se trata de considerar não apenas a higidez das funções mas o desenvolvimento atrelado à constituição psíquica ao longo da primeira infância. Isto porque muitas das concepções que servem de fundamento para amplas práticas de prevenção na saúde não mantêm sua aplicabilidade quando adentramos o campo do psíquico. Se bem que isto não represente um empecilho, certamente exige algumas considerações que levantamos a seguir:

1) Diversas práticas de prevenção primária no campo da saúde partem do estabelecimento de *critérios de risco* por meio dos quais são interrelacionados, a partir de cálculos epidemiológicos, variáveis de pertença a determinados grupos com maiores ou menores probabilidades de ocorrência de problemas de saúde na primeira infância.

O levantamento de tais dados é fundamental para que, através da política, possam ser formulados planos mais eficazes de saúde e educação que atendam às necessidades das diferentes populações baseando-se num conhecimento de causa pertinente. A partir do levantamento de grupos de risco, uma série de intervenções podem ser feitas para ofertar melhores condições sociais, culturais, econômicas e sanitárias à população.

No entanto, uma primeira questão que cabe abordar é que lugar ocupa a presença ou ausência das chamadas "características negativas do meio" quando intervimos no nível da prevenção primária com um bebê. E, mais ainda, que lugar ocupam estes critérios de risco em uma clínica da estimulação precoce exercida a partir do corte epistemológico da psicanálise.

Desde o "aconselhamento a pais" até a elaboração de "programas de exercícios" encontramos um critério que prevalece ao tratar-se de intervenções consolidadas no marco da prevenção primária: a concepção de que, por meio da "educação parental" exercida pelo "agente de saúde", poderia se garantir um melhor porvir a um bebê incluído nas classificações estabelecidas pelos critérios de risco.

Propomos trabalhar o problema contido em tal questão a partir de um recorte clínico:

> Uma mãe – incluída no critério de risco "baixo nível sócio-econômico" – comparece à sala de neonatologia para dar de mamar pela primeira vez à sua bebezinha prematura. Depois de passar por todos os procedimentos necessários para reduzir ao máximo o risco de contaminação de neonatos internados, finalmente sustenta o bebê no colo e a situa em um ângulo de 45 graus para dar-lhe de mamar. Este é um momento extremamente esperado pela mãe e que foi adiado em razão de uma recaída no quadro de saúde do bebê. No momento em que a mãe está a ponto de dar-lhe de mamar, intervém um agente de saúde para efetuar uma mudança postural do bebê, afirmando que, com base nas últimas pesquisas, o engasgo e a asfixia são comuns na posição em que o bebê estava e que a posição mais indicada era a vertical. A mãe

> então procura, inutilmente, ficar confortável na nova posição indicada para segurar o bebê, mas não consegue. A bebezinha se desorganiza, não consegue sugar o bico do seio e entra na situação de estresse descrita por neonatologistas – apresentando crispação do rosto, descargas tônicas, alteração na coloração da pele e bocejos. O agente se saúde se afasta nesse momento, enquanto a mãe, bastante incomodada, procura acalmar a pequena filha balançando-a na posição que originalmente havia lhe ofertado. Finalmente o bebê se acalma.
>
> A mãe me olha, certifica-se da ausência do agente de saúde e oferece o seio à sua filha na posição que ela inicialmente havia proposto. A bebezinha passa a mamar com bastante vigor.
>
> Continuo a acompanhar a cena a uma certa distância. No final da mamada, a mãe continuou a segurar a filha no colo e, quando o agente de saúde voltou a se aproximar para perguntar se o bebê tinha mamado, a mãe sorriu e disse: *"Sim, sim... dei de mamar a cinco filhos, com esta não vai ser diferente"*.

O que fica em jogo nesta cena não é quão verdadeira ou potencialmente eficaz é a nova postura apresentada pelo agente de saúde – não vamos entrar no mérito dessa questão, provavelmente acertada segundo os novos conhecimentos gerais de pediatria e puericultura –, trata-se de interrogar os efeitos que tal intervenção produz.

A intervenção, nesse recorte clínico, fica guiada pela suposição de um futuro nefasto imposto pelo meio ao bebê (por exemplo, engasgar e asfixiar) cujo cumprimento *o agente de saúde seria encarregado de evitar ("ensinando"* a postura *adequada* para que o bebê não engasgue). Mas percebemos as conseqüências desastrosas que pode ter uma intervenção supostamente preventiva quando esta é conduzida por meio dos efeitos imaginários que a pertença do paciente a determinados grupos de risco desperta no agente de saúde.

Este é um ponto muito delicado da clínica, pois uma intervenção que visa aplicar um conhecimento científico, ao partir do pressuposto de "fazer o bem", de "produzir a melhor oferta ao bebê", pode, na prática, vir a atropelar as estratégias parentais,

destituindo o saber dos pais – os únicos capazes de armar um sentido simbólico para a vida do bebê.

Quando a intervenção ocorre a partir de uma suposição de ignorância absoluta nos pais, que, em lugar de permitir a sua sustentação como agentes das operações constitutivas para o bebê, promove sua destituição, então seus efeitos podem vir a se inscrever do lado da iatrogenia. Em tais casos, os conhecimentos do agente de saúde, em lugar de favorecer a constituição de um marco favorável ao desenvolvimento do bebê, vêm situar-se como uma profecia relativa ao futuro deste que, dependendo de quanto a mesma tome o imaginário parental, pode chegar a cumprir seus efeitos nefastos.

Neste ponto é que é preciso recordar que as estatísticas que estabelecem a relação entre determinado problema e a pertença a um grupo considerado de risco podem ser uma afirmação geral correta, mas não dizem nada acerca da verdade de um sujeito. Ou seja, elas são uma grande mentira quando aplicadas a cada um, já que, a princípio, não temos como saber se estamos diante dos 99% ou do 1% de uma determinada população e, muito menos, em que lógica discursiva se insere para cada sujeito o pequeno dado pinçado para um levantamento estatístico.

Ao recebermos uma mãe de 14 a 19 anos – incluída dentro de um grupo de risco amplamente conhecido por todos aqueles que clinicam em hospitais públicos, o de "mãe adolescente" –, é preciso que a intervenção clínica abra lugar a interrogações e não que as considere antecipadamente respondidas pela idade da paciente que consta na ficha clínica. Como ela está se situando como mãe do recém-nascido? O que este recém-nascido representa para ela nesse momento da vida? Ou, mais ainda, essa moça, para além de sua idade, está ou não em uma posição psíquica de adolescente? Se supomos que tais questões estão respondidas de antemão pelo simples fato de ela estar incluída em um grupo de risco, fazemos obstáculo a escutar qual é a lógica discursiva singular segundo a qual ela está situada face a esse bebê.

Por isso, ainda que possamos recolher desde a prática no âmbito da saúde que há uma maior incidência de dificuldades dentro de determinadas condições – como, por exemplo, em longos períodos de internação de um recém-nascido em UTI –, nossa intervenção é conduzida, antes de mais nada, por escutar desde o parental e ler através das produções do bebê como estas supostas condições de risco se inscrevem para cada bebê e sua família.

2) Uma segunda questão importante a considerar é o lugar outorgado aos conhecimentos de puericultura na intervenção preventiva com a primeira infância.

Trazemos a este respeito outro pequeno recorte clínico:

> Uma mãe cujo bebê está internado na UTI vai dar de mamar, pela primeira vez, ao seu bebê prematuro. É uma mãe que queria muito dar de mamar ao filho e que conseguiu manter a produção de leite durante a internação do bebê.
>
> O bebê encontra-se em pleno processo de recuperação, está fora de risco e entra na fase em que organizar a alimentação e ganhar peso são os aspectos decisivos para receber alta.
>
> A mãe oferece o peito, mas o bebê não apresenta uma sucção muito vivaz e não se agarra ao peito. Diante da produção do bebê, a mãe começa a ficar preocupada e diz que o bebê não quer mamar porque não está saindo suficiente leite de seu peito e pede ajuda à pediatra.
>
> A pediatra-neonatologista, que vinha sustentando a cena, diz à mãe que certamente ela tem leite e que, se quiser, pode apertar o peito de tal modo que fique leite no mamilo e que o bebê possa experimentá-lo. A mãe procura seguir a orientação da pediatra, mas não consegue.
>
> O bebê começa a chorar e a apresentar tensão corporal, diante do qual a mãe fica cada vez mais ansiosa.
>
> A pediatra, então, pergunta à mãe se quer que ela faça o movimento. A mãe concorda e, com a intervenção da pediatra, sai um pequeno jato de leite. Diante disso, a mãe ri, realiza o movimento duas ou três vezes, facilitando que o bebê experimente o leite que é gotejado em sua boca. A partir daí, o bebê começa a sucção.

A mãe sai da sala de neonatologia sorridente contando a todos que seu bebê mamou pela primeira vez.

Os conhecimentos de puericultura são de grande utilidade quando permitem a singular apropriação que deles fazem os agentes que exercem a maternidade e paternidade com um bebê e não são impostos como modelos que vêm a destituir o saber de tais agentes. Mas quando se trata da posição em que um bebê é tomado pelo desejo parental, entramos num campo diferente do comportado pelo "aconselhamento e treinamento de pais". Neste sentido, é preciso recordar que não é simplesmente sobre a condição intelectual e sobre as intenções conscientes que se articula a posição psíquica que permite o exercício das funções materna e paterna, já que o desejo é inconsciente e, portanto, não pode ser "ensinado". Daí que seja fundamental na clínica uma posição de escuta acerca da lógica em que um bebê é tomado pelo discurso parental

3) Uma terceira questão a considerar é a lógica biunívoca causa-efeito, utilizada com tanta eficácia na metodologia de saúde preventiva, mas que se revela inaplicável ao campo da constituição psíquica.

Ao prevenir, parte-se da relação existente entre causas e efeitos. Assim, a partir da doença ou problema que se apresenta, pesquisa-se a causa e elabora-se, por exemplo, a vacina. Assim, uma vez estabelecida e isolada a causa, é possível eliminá-la para evitar seus efeitos nocivos.

Ocorre que, quando se trata da constituição de um bebê como sujeito e de seu desenvolvimento, as causalidades psíquicas não se estabelecem de modo linear e geral. O evento biográfico não possui valor em si mesmo, sua significação advém do contexto no qual se inscreve, portanto não está dado de antemão do mesmo modo para todos.

Se bem seja possível, ao escutar um paciente, perceber o nexo existente entre certos acontecimentos e certas conseqüências em sua vida psíquica, tal correlação é tecida a partir de significações subjetivas, não tendo, portanto, o caráter universal e extrínseco da lógica

biunívoca causa-efeito. Além disso, um determinado evento biográfico tampouco assume seu valor definitivo no momento em que ocorre. Os eventos psíquicos posteriores vêm ressignificá-lo, minimizando sua importância ou elevando-os ao valor de detonadores de um sintoma.

"Os materiais presentes sob o modo de traços mnêmicos sofrem, de tempos em tempos, em função das novas condições, uma reorganização, uma reinscrição."[11]

De modo que a causalidade psíquica não depende de uma simples ação do passado sobre o presente, mas se estabelece com efeitos de retroatividade – *a posteriori* na obra de Freud e après-coup na obra de Lacan.

"Então o problema não reside em conhecer, dispor de dados privilegiados *a priori*, sejam concernentes à história do sujeito ou às suas desventuras. O problema consiste em conhecer seu contexto e este deve ser reconstruído na sessão por meio do próprio discurso."[12]

Um bebê é recebido em uma estrutura simbólica que determina seu lugar. Isto é o que recolhemos quando escutamos o discurso parental que antecede a chegada de um bebê. Mas não podemos, a partir desse discurso, chegar a saber como será a constituição desse bebê como sujeito. É diferente escutar o discurso parental de considerar como tal discurso se coloca em ato com a chegada do filho. E, mais ainda, de ler quais dos significantes de tal rede que são efetivamente pinçados pelo bebê, produzindo conseqüências de inscrição.

---

[11] Sigmund Freud (1887-1902), *Aus den Afägen der Psychoanalyse*, citado por Laplanche e Pontalis em *Vocabulário da Psicanálise*, obra citada, p. 33. A questão da temporalidade psíquica é mais amplamente abordada no capítulo Clínica com bebês: da estrutura ao nascimento do sujeito, no qual também é retomada a citação que aqui situamos (N. da A.).

[12] Godino Cabas, obra citada.

Por isso, nesta clínica, não basta escutar o discurso parental, é preciso ler como ele se precipita enquanto marca no bebê. É a partir de tal leitura que poderemos situar como tem ocorrido sua constituição como sujeito.

Mas, então, se não basta "ensinar conhecimentos" para que o ambiente de um bebê torne-se propício à sua constituição, e se só sabemos *a posteriori* os efeitos de um determinado acontecimento para sua constituição, é possível prevenir ou só resta remediar?

O desejo é inconsciente e, portanto, não pode ser ensinado. Neste sentido, a intervenção a partir do corte epistemológico da psicanálise na estimulação precoce possibilita que, pela escuta e intervenção do clínico, certos eventos relativos ao bebê e seu nascimento possam vir a ser ressignificados pelos pais. Como não se trabalha com a imposição de um modelo de mãe ou pai, tampouco a questão é culpabilizá-los ou desculpabilizá-los pelo que estariam cumprindo ou falhando em relação ao modelo. Trata-se sim de abrir um espaço no qual eles mesmos possam começar a escutar-se em relação ao que do seu desejo os implica em relação ao bebê, dando lugar a deslizamentos na significação inconsciente que para eles assume o filho e sua patologia. Trabalhar com o laço pais-bebê é fundamental para que se dêem as condições nas quais esse bebê possa advir como sujeito do desejo.

O fato de que um determinado acontecimento adquira seu valor psíquico somente *a posteriori* não significa que, a qualquer momento, tudo possa ser absolutamente reinscrito: sabemos que a constituição psíquica apresenta um tempo de abertura à inscrição de sua estrutura, a partir do qual se fecha, e, se bem determinadas significações possam ser reorganizadas, a estrutura fundamental, uma vez estabelecida, não pode ser modificada. Por isso, não se trata de esperar que a estrutura esteja fechada para intervir clinicamente. Se assim fosse, nos dedicaríamos apenas a "remediar" patologias constituídas – como autismo, psicose e graves neuroses.

A intervenção clínica com crianças ocorre no tempo em que ainda está acontecendo a constituição psíquica, num tempo no qual a diacronia necessária à inscrição da estrutura ainda não terminou

de efetuar o corte sincrônico que consolida seu modo de funcionamento.[13] Com bebês que funcionam de modo autístico ou pequenas crianças que funcionam de modo psicótico, a intervenção pode vir a ter importantes efeitos de reestruturação dos sintomas fundamentais, pois ainda se conta com certa permeabilidade da estrutura a novas inscrições.

4) Uma quarta questão a considerar é que nem tudo o que ocorre produz marca no bebê, sua memória não é como uma fita de vídeo na qual tudo é gravado e editado, separando o que será esquecido pelo recalcamento e o que será possível recordar. O que produz marca simbólica, o que se inscreve não é aleatório, já vai se inscrevendo em relação a uma rede simbólica – no caso de um bebê, aquela na qual ele é sustentado inicialmente pelo agente materno e também pelo discurso parental. Mas entre o que de um bebê já está antecipado na estrutura e o modo em que isto irá se inscrever nele há uma hiância na qual se processa a constituição de uma criança, e não temos como saber de antemão como ocorrerá esta inscrição.

Neste sentido podemos recordar que é bastante freqüente encontrar crianças autistas cujas mães passaram por uma depressão nos primórdios do laço mãe-filho. Mas isso não nos permite afirmar que toda mãe depressiva terá um filho autista, por exemplo. Se assim fosse, bastaria escutar os pais para determinar qual viria a ser a estrutura psíquica do filho.

Por isso, na detecção precoce, é preciso ler tanto aquelas primeiras marcas simbólicas, que já se precipitaram no bebê e que comparecem em suas produções, quanto o modo em que o discurso parental se põe em ato nos cuidados dirigidos ao bebê.

Critérios para detecção precoce de problemas no desenvolvimento e na constituição psíquica

É a partir das questões levantadas que concebemos a prevenção primária relativa ao desenvolvimento e constituição

[13] Clemencia Baraldi (1996), Urgencia y subjetivación. *Escritos de la Infancia*, nº 7, Buenos Aires, FEPI – Centro Dra.Lydia Coriat de Bs. As.

psíquica como a precoce detecção de certos traços que apontam que algo não está bem com o bebê ou pequena criança. Então, mais do que prevenção, trata-se, a princípio, de uma precoce detecção, pois estamos intervindo com o que já está ocorrendo.

No campo da constituição psíquica sempre estamos lidando com os efeitos deixados pela estrutura e, portanto, sempre estamos intervindo *a posteriori ou après-coup*, mesmo quando fazemos um trabalho de detecção precoce. Ocorre que não é clinicamente indiferente poder detectar e intervir com os primeiros indicadores que apontam, na produção do bebê, que algo não está correndo bem, ou esperar que sua produção seja classificável dentro de um quadro patológico plenamente configurado para proceder com um trabalho clínico.

Um caminho interessante para a precoce detecção resulta, justamente, do estabelecimento de indicadores clínicos que funcionam de modo negativo, em lugar de consistirem em procurar os traços positivos da patologia. Isto porque a clínica com bebês e crianças pequenas tem nos ensinado que, antes de se produzir uma manifestação patognomônica relativa à constituição psíquica e ao desenvolvimento, podemos constatar que uma certa produção, que seria de se esperar em determinado momento da vida, não advém.

Há, por exemplo, uma importante diferença clínica entre considerar o "não enlaçamento do circuito pulsional escópico" do bebê de quatro meses ao campo do Outro como um indicador clínico que aponta que, nesse momento, algo não está correndo bem quanto à sua constituição psíquica e considerá-lo, desde já, como um indicador de autismo.

São modos diferentes de pensar a precoce detecção: enquanto uma continua a tomar como ponto de partida o patognomônico e a gênese da patologia, a outra se apoia na consideração de certos momentos nodais da constituição do bebê, que, ao não comparecerem, despertam alerta.

Estabelecer indicadores negativos, tem também efeitos interdisciplinares interessantes: introduz algo da ordem de um não

saber em relação ao sintoma do bebê na prática de acompanhamento pediátrico. O alerta despertado é o de que "algo não está bem" com o bebê sem estabelecer *a priori* a correspondência disso com o diagnóstico de uma patologia específica que poderia ser já apontado pelo pediatra.

Deste modo, também se minimizam os efeitos de profecias auto-realizáveis que podem advir quando procura-se evitar um dano que já se antecipa imaginariamente na vida de um bebê.

Daí a importância de que o trabalho preventivo se apoie na possibilidade de transmissão acerca do modo em que comparecem na produção de um bebê certos momentos fundamentais relativos à sua constituição psíquica e desenvolvimento, sendo o não comparecimento, a ausência de tais produções que desperte alerta, invés de difundir critérios de correlação fechada e direta entre um indicador clínico positivo e uma determinada patologia.

Por outro lado, também sabemos que um determinado indicador de alerta clínico está sujeito a modificações devido aos acontecimentos da vida de um bebê. Portanto, que um único indicador desperte alerta em um determinado momento da vida é insuficiente para estabelecer sua correlação fechada com uma determinada patologia.

Da mesma forma, o fato de que diferentes indicadores clínicos apontem que o desenvolvimento e a constituição psíquica de um bebê estejam indo bem em certo momento não é uma garantia de que ele jamais terá problemas na vida, pois também podem incidir aí novos acontecimentos que despertem novas conseqüências para a sua constituição.

> Tal é o caso, por exemplo, de um menino que vinha se constituído bem psiquicamente até que, perto dos dois anos de idade, deixou de falar as poucas palavras que pronunciava, deixou de sorrir e passou a realizar uma evitação ativa daqueles que o rodeavam. Foram realizados nele diversos exames orgânicos que não permitiram diagnosticar nenhuma alteração orgânica. Finalmente concluíram diagnóstico de autismo.

Ao receber em tratamento o menino e sua família quando ele tinha aproximadamente quatro anos, percebo uma coincidência temporal entre tais perdas no menino e a saída de sua babá. Ao apontar isto, os pais concordam: *"Ele ficava aos cuidados da babá. A gente não percebia o que estava fazendo, a gente ia e vinha, achava que estava tudo bem. Deixamos ele de lado e, quando a babá foi embora, ele ficou perdido"*, diz a mãe. *"Uma vez, na igreja, pouco tempo depois de ela ter ido embora, ele gritou e esticou os braços na direção de uma mulher que estava de costas. Quando ela se virou, ele começou a chorar (...) ela tinha o cabelo preto como o da babá. Penso, agora, poderia ser que sentisse saudade dela"*, diz o pai.

Dado que o sintoma de estrutura de um bebê e de uma pequena criança não está decidido, mas radicalmente sustentado por aqueles que encarnam o Outro para o bebê, perdas ou alterações abruptas em tal laço com o Outro podem vir a ter efeitos de queda no modo de funcionamento psíquico que vinha se produzindo no bebê.

Isto torna necessário que, na detecção precoce, se leve em conta tanto a sustentação por parte do agente materno e paterno das operações constituintes do sujeito – suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância e alterização – quanto aquelas produções do bebê que testemunham as sucessivas inscrições e reinscrições de que tais operações nele.

Apesar de tais operações terem sido abordadas ao longo de todo o texto, propomos retomá-las a seguir de modo condensado:

Suposição de sujeito: ainda que as diferentes reações que um bebê apresenta ao nascer sejam involuntárias (na medida em que são regidas pelos automatismos dos reflexos arcaicos), a mãe as toma como produções de um sujeito, atribui a autoria das mesmas ao desejo que supõe no bebê.

Trata-se aí de uma suposição, pois o bebê não se encontra ainda de fato constituído como sujeito. Tal constituição depende justamente de que ela seja inicialmente suposta ou antecipada. É a partir dessa suposição, por exemplo, que o grito do bebê poderá

ser tomado como um apelo, abrindo a possibilidade de vir a se estabelecer efetivamente como um chamado.

O bebê é antecipadamente situado no lugar de sujeito pela matriz simbólica da mãe e isto é constituinte para ele. Assim, no seu diálogo com o bebê, a mãe interroga-o acerca do seu estado – está com fome?, está com frio?, quer meu colo?, o que você quer? A mãe, por um lado, interpreta com o seu saber inconsciente e consciente o que supõe como uma demanda do bebê, mas ela ressitua a sua interpretação a partir das produções do bebê, supondo as mesmas como respostas do bebê, supondo que o bebê "saberia o que quer", que o bebê desejaria além do que ela pontua como demanda.

Deste modo, a mãe exerce seu saber com o bebê estabelecendo a significação das demandas deste, mas mantém no laço com o bebê uma certa dimensão do não-saber, pois a produção do bebê comporta um enigma no qual ela se reconhece mas cuja decifração ela ignora.

Tanto se a mãe exerce um saber pleno com o bebê – deixando de fora a condição enigmática no laço com este – quanto se a mãe não chega nem sequer a estabelecer um reconhecimento de um enigma que a implica e que toma carne, se "corporifica", no seu bebê, ficam em risco as condições de instauração de um sujeito.

Estabelecimento da demanda: consiste em que as diferentes produções do bebê possam ser supostas pela mãe como um pedido que o bebê dirige a ela e que a mãe se coloque em posição de responder. Isto inicialmente implica uma interpretação em que a mãe "traduz" em palavras as ações do bebê, pontuando nelas um sentido.

Se inicialmente a mãe supõe uma demanda no bebê (demandando que este demande algo dela) ainda quando as reações do recém-nascido, como descargas tônicas-posturais, choros ou expressões faciais são absolutamente involuntárias, num segundo momento, quando esta operação inscreveu seus efeitos, o bebê passa efetivamente a demandar.

Quando este circuito encontra-se instalado, os diferentes objetos que circulam entre a mãe e o bebê passam a ser investidos como objetos de dom, o dom que o bebê supõe na mãe, como Outro primordial investido de toda potência, de satisfazê-lo ou de introduzir uma privação. Assim, o que o bebê passa a pedir em diferentes momentos, além do objeto em si, é que a mãe lhe entregue o seu amor (representado nesses diferentes objetos que demanda). Do mesmo modo, se pensamos na reversão da demanda com a mudança de zona erógena do oral para o anal, também constataremos que é à mãe que – como indica Freud – o bebê entrega suas fezes, como um presente, como um objeto de dom.

A demanda é sempre, em última instância, demanda de amor. Poderíamos pensar aqui no gesto de quem puxa as pétalas de uma rosa dizendo "bem-me-quer, mal-me-quer". O fundamental da cena não é a pétala em si, ela serve apenas como pretexto, assim como na vida de um bebê circulam vários pequenos objetos da demanda sobre os quais o que se coloca em cena, por parte do bebê, é um "me-quer, não-me quer" no laço com o Outro encarnado.

Por isso, a pulsão não responde ao campo do biológico, possuindo uma espécie de evolução natural. Ela implica um representante e opera as suas transformações como respostas aos tempos que o circuito de desejo e demanda do Outro introduz para o bebê.[14] É no laço com a mãe que estes pequenos objetos são investidos de valor, enlaçando e articulando a satisfação pulsional, a satisfação da zona erógena, ao circuito do amor e desejo.

Ainda é preciso uma terceira consideração acerca da demanda: os pais não só supõem uma demanda no bebê, eles também demandam que o bebê ou pequena criança "seja" de determinada

[14] Por isso Lacan propõe a seguinte inscrição para a pulsão: $\$ \diamond D$, (sujeito barrado punção demanda): O que implica que o sujeito está ao mesmo tempo em relação à demanda mas impossibilitado de unir-se a ela, há aí uma estrutura de hiância, de intervalo. Assim como as zonas comportam intervalos, a linguagem também tem esta mesma estrutura intervalar. Então, o modo como o sujeito comparece em relação à demanda é como objeto de dom, ele oferece vários pequenos objetos à demanda do Outro, e nisto se produz o movimento, o circuito pulsional (N. da A.).

maneira, que ele se adeqüe a certo ideal. No entanto é fundamental que o reconhecimento de um bebê na filiação não fique condicionado a que ele responda à demanda do Outro. Do mesmo modo, é importante que a mãe possa dizer "não" diante de determinadas demandas do bebê, não se sentindo obrigada a satisfazer tudo que este quer. O seja, que tanto o que se demanda do bebê quanto as respostas que são dadas às suas demandas estejam submetidas a uma lei.

Alternância presença-ausência: implica que a mãe, nos cuidados que dirige ao filho, não responda apenas com presença ou apenas com ausência, mas que produza ali uma alternância.

A presença e a ausência são aqui tomadas em sua dimensão psíquica e não física. Uma mãe pode estar fisicamente presente, prestar mecanicamente os cuidados básicos ao seu bebê e, entretanto, não estar ali com seu desejo, seu investimento, sua atenção voltados para o bebê, por exemplo. Ou, ao contrário, a mãe pode ausentar-se fisicamente, e tomar tantas precauções para que nenhuma diferença compareça que o bebê pode não registrar sua saída.

É preciso que o grito do bebê possa ser interpretado pela mãe tanto em termos de apelo de presença quanto de apelo de ausência. Esse valor diferencial dado ao grito faz dele um ato com sentido. É a alternância simbólica entre presença e ausência que permitirá, juntamente com a ação específica, a inscrição pulsional do bebê, que abandona então o puro funcionamento da necessidade e passa a construir um funcionamento no qual a obtenção de prazer fica atrelada à série de presença-ausência e aos ritmos de alternância que o Outro lhe propôs. Um Outro primordial que é só presença ou só ausência não permite essa inscrição.

Alterização: consiste em que o bebê fique referido, em suas reações e manifestações, não a seu próprio corpo, mas a uma ordem simbólica. Ele não fica situado apenas em um circuito de satisfação, mas em uma satisfação cujo circuito passa pelo Outro e, portanto, precisa, para poder operar, partir de certas condições que dependem da introdução de uma arbitrariedade do Outro.

Esta arbitrariedade, no entanto, para produzir uma alterização, tem que responder a uma ordem que, uma vez estabelecida, passa a ter o valor de uma referência no laço mãe-bebê. Essa ordem, no início, apresenta-se na simplicidade de um ritmo sustentado pela mãe no exercício dos cuidados da criança – ritmos de sono-vigília, alimentação-saciedade etc. – e que não tem uma determinação natural, mas de inserção do bebê nos modos culturais da criação. Chamamos essa ordem arbitrária de lei. A alternância, que introduz um ritmo de seus cuidados, é sua primeira formulação; a negativa, dizer que não à demanda, introduzir uma restrição, é sua segunda formulação; e a terceira forma é a interdição, ou seja, a proibição ou a forma social da lei.

Para que a alterização se instale é preciso que, em primeiro lugar, a mãe situe a lei como uma referência terceira em seu laço com o bebê, não fazendo deste um objeto que se presta unicamente à sua satisfação (daí que o reconhecimento do bebê na filiação não fique condicionado ao fato deste responder como objeto que satisfaz a demanda do Outro).

Situar tais operações permite sair de uma dimensão imaginária acerca do que é ser bom pai ou boa mãe de um bebê e de culpabilizar os pais quando não respondem a tais ideais. O que está em jogo não é se uma mãe ama mais ou menos o seu filho, ou se planejou ou não a gravidez para preencher na anamnese o campo destinado a responder à questão de se o bebê é ou não "desejado", mas a sustentação das operações constituintes para o bebê. E, evidentemente, tais operações podem ser ser sustentadas desde vários estilos diferentes no exercício da maternidade e paternidade.

Que os agentes de saúde tenham conhecimento acerca destas operações possibilita sair de uma concepção puramente fenomenológica do sintoma e adentrar na lógica acerca do que é constituinte para um bebê. Isto oferece elementos para realizar uma efetiva leitura clínica na qual cada produção do bebê ou dos pais não tem uma valor intrínseco, mas depende do contexto em que fica situada.

Assim, a produção de um bebê e as suas dificuldades – por exemplo, que não haja organização do sono no final do primeiro

quatrimestre, que não haja preferência pelo rosto humano, ou que, quando o bebê tem mais de oito meses, não apareça a diferenciação entre familiares e estranhos – podem, além do registro fenomenológico de adequação ou inadequação à normatização cronológica do desenvolvimento, ser lidas como efeitos do modo em que tem se inscrito nele as operações constituintes do sujeito psíquico. Ao mesmo tempo, o indicador clínico que desperta alerta não é tomado como o problema em si que deveria ser "adequado" ou "eliminado", mas como o efeito do modo em que o bebê tem se constituído e tem sido tomado no laço com os pais.

Situamos, a seguir, algumas manifestações clínicas bastante freqüentes em bebês em sua correlação com as operações constituintes do sujeito. Apontar a importância clínica de tais manifestações tem se revelado extremamente eficaz na clínica interdisciplinar para a detecção precoce junto aos serviços de pediatria:

O não estabelecimento de ritmos na organização dos ciclos vitais:

As atividades mais simples que constituem a vida de um bebê em seus primeiros meses – como dormir e acordar, ter fome e estar satisfeito, chorar e estar contemplativo, reter as fezes ou defecar, regurgitar ou reter o alimento, estar em estado tônico ou de relaxamento – dependem não puramente da higidez dos órgãos que sustentam tais funções, mas das marcas simbólicas efetuadas pelo Outro encarnado que, sobre o equipamento neuroanatômico, vêm a organizar o seu funcionamento.

Os pediatras têm ampla experiência acerca de quanto os estados ansiogênicos, maníacos ou depressivos maternos imprimem ritmos particulares nas atividades de um bebê. Do mesmo modo, quando um bebê apresenta alterações na organização de seus ciclos vitais, tal mudança não passa em branco e desperta certo alerta para a mãe que se encontra posicionada segundo sua *preocupação materna primária.*[15] Se isto ocorre é justamente porque tais atividades, no

[15] Conceito proposto por Winnicott (1986 [1964]). *Los bebés y sus madres*, Buenos Aires, Paidós , p. 57.

início da vida, ocupam um lugar central no estabelecimento do laço entre o bebê e sua mãe, articulando o funcionamento pulsional deste ao circuito de desejo e demandas da mãe. Os objetos que ali circulam – peito, fezes, chupetas, canções de ninar – instauram, através da alternância presença-ausência, as experiências de prazer-desprazer, definindo o modo em que o bebê fica referido, alienado, ao Outro primordial.

Assim o estabelecimento de *ritmos no funcionamento dos ciclos vitais* é um modo bastante precoce pelo qual podemos ler quais os efeitos das marcas significantes do Outro na produção do bebê, por isso, a falta de organização ou desorganização dos mesmos se torna um importante indicador clínico. Sintomas no sono, na alimentação, no funcionamento intestinal, na respiração são manifestações clínicas importantes que dizem como vem ocorrendo a inscrição dos circuitos pulsionais de um bebê face ao Outro.

A não realização das diferentes aquisições instrumentais dentro dos tempos esperados para o desenvolvimento:

Sua ocorrência é facilmente detectada pelo âmbito médico devido ao conhecimento amplamente difundido nesse meio das pautas de desenvolvimento, ou seja, das idades consideradas como referência para as aquisições de um bebê.

Quando um atraso desta ordem é detectado, se faz necessário proceder com os exames clínicos pertinentes para realizar o estabelecimento do diagnóstico orgânico. O problema é que a detecção costuma se deter nesse aspecto, quando também é preciso considerar como tais produções instrumentais do bebê ou seu fracasso ficam enlaçadas ao circuito de demanda e desejo do Outro.

Isto porque o desenvolvimento de um bebê – nos aspectos psicomotor, cognitivo e de aquisição da língua – não é um efeito do puro processo de maturação (que impõe certas condições orgânicas às aquisições), mas da articulação deste real orgânico à tela simbólica parental, dando lugar às antecipações imaginárias e funcionais que os pais sustentam e colocam em cena para um bebê. Atrasos em tais aquisições podem ser efeito de problemas na

operação de alteridade – pelo fracasso na sustentação do bebê para produzir aquilo que ainda não tem como realizar sozinho, ou pela supressão das brechas em que a sua produção poderia advir; no estabelecimento da demanda, pelo não enlaçamento das produções do bebê aos ideais sociais ou parentais; ou pela vacilação em supor o bebê como capaz de ser autor de uma determinada produção.

Não articulação das produções do bebê ao circuito de desejo e demanda:

Tal leitura clínica costuma apresentar uma maior dificuldade que as duas situações anteriores, dado que implica conhecimentos que não são próprios do campo médico. No entanto ela é possível se tomamos como referência certas produções do bebê ou pequena criança que indicam a instalação de tal circuito. São algumas delas: a preferência pelo rosto humano ao longo do primeiro quatrimestre; a incidência do sorriso social e o interesse em olhar aqueles que lhe falam e dirigir gorgeios a estes durante o segundo; o surgimento de estranhamento diante de pessoas que não são familiares e a tentativa de fazer gracinhas para chamar a atenção durante o terceiro; o interesse do bebê em descobrir o que desperta o interesse dos outros – tal como olhar o que a mãe olha e querer pegar objetos muito investidos, como chaves, celulares etc. Em todas estas produções fica claro que não se trata da dependência que o bebê tem da mãe na medida em que esta simplesmente satisfaria suas necessidades orgânicas, ou que simplesmente responderia às suas demandas, mas de que o bebê, para obter prazer pulsional, precisa engatar-se ao circuito de desejo e demanda do Outro, precisa fisgar este desejo. Por isso, se o bebê primeiro olha para a mãe porque é nela que ancora seu próprio reconhecimento, num segundo momento o bebê busca olhar o que a mãe olha, interrogando-se acerca do seu desejo.

É somente quando as operações constituintes estão fracassando em sua inscrição que comparecem no bebê ou pequena criança sintomas clínicos tais como a passivização, evitação ativa dos outros ou produções estereotipadas. Estes sintomas são uma manifestação positivada de uma inscrição que não ocorreu, ou

ocorreu de modo falho e, portanto se produzem num segundo tempo.

Diferentes modalidades de intervenção para a detecção precoce:

Os hospitais constituem um âmbito privilegiado para detecção precoce de problemas no desenvolvimento e constituição psíquica de bebês, justamente porque é nos hospitais que eles nascem e é também nos hospitais ou postos de saúde que realizam os controles pediátricos de rotina.

As creches, os berçários e as escolinhas infantis são outro âmbito importante para a prevenção primária, dado que são instituições pelas quais grande parte dos bebês e pequenas crianças passam.

Intervir junto ao serviço de acompanhamento pediátrico do desenvolvimento e às escolinhas infantis, realizando a transmissão de certos conhecimentos que permitam aos agentes de saúde efetuar uma leitura clínica do desenvolvimento de um bebê de modo atrelado à sua constituição psíquica, é uma primeira modalidade de intervenção a ser considerada na detecção precoce.

Nas consultas pediátricas comparecem todos os elementos necessários para poder efetuar uma leitura acerca de como está ocorrendo a constituição do bebê, sem que, para isso, seja preciso nenhuma outra proposta ou situação específica. Tais consultas costumam ser compostas por diferentes momentos: o primeiro em que o pediatra fala com a mãe e colhe dados importantes acerca da evolução da criança e dos pontos de preocupação materna; um segundo momento em que o bebê é examinado pelo pediatra; e um terceiro momento em que a mãe veste o bebê após o exame. É importante destacar que, se bem que estes três momentos ofereçam elementos acerca de como estão se inscrevendo as operações constituintes do sujeito psíquico, o terceiro momento é extremamente rico e nem sempre costuma ser tão levado em conta quanto os dois primeiros nas práticas de rotina.

A partir da instauração de tal prática, os clínicos em estimulação precoce podem realizar eventuais entradas nas consultas de rotina ou visitas à escolinha quando o agente de saúde detecta algum fator que levanta preocupação na produção do bebê ou sustentação parental.[16]

Estas são duas modalidades de intervenção que permitem que possamos pôr os conhecimentos do nosso âmbito a operar na precoce detecção em vez de ficarmos esperando que bebês e pequenas crianças cheguem até os consultórios ou serviços ambulatoriais com funcionamentos patológicos francamente instalados.

[16] Claudia Sikuler (1991), ¿Qué viene a ser un equipo de E.T. en pediatría?, trabalho apresentado nas jornadas do Hospital Lanus "Narciso López", Buenos Aires.